

香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成21年3月10日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第11号

香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則

香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和45年香川県規則第17号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(加入の申込み)</p> <p>第4条 略</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) <u>独立行政法人福祉医療機構（以下「機構」という。）の定める様式による申込者（被保険者）告知書</u></p> <p>(3)～(5) 略</p> <p>2・3 略</p> <p>第4条の2 <u>口数追加を申し込もうとする者は、加入等申込書に申込者（被保険者）告知書を添えて知事に提出しなければならない。</u></p> <p>2 略</p>	<p>(加入の申込み)</p> <p>第4条 共済制度に加入しようとする者は、加入等申込書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) <u>申込者告知書（第2号様式）</u></p> <p>(3)～(5) 略</p> <p>2・3 略</p> <p>第4条の2 <u>口数追加を申し込もうとする者は、加入等申込書に申込者告知書を添えて知事に提出しなければならない。</u></p> <p>2 略</p>
<p>(年金の請求)</p> <p>第8条 略</p> <p>(1) 略</p> <p>ア <u>加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日（口数追加加入者である場合は、口数追加の日）から2年以内のものであるときは、機構の定める様式による死亡証明書又は死体検案書</u></p> <p>イ～エ 略</p> <p>(2) 略</p> <p>ア <u>機構の定める様式による障害診断書</u></p> <p>イ・ウ 略</p>	<p>(年金の請求)</p> <p>第8条 年金の支給を受けようとする者は、年金支給請求書（第4号様式）に次に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) 加入者の死亡に係る場合</p> <p>ア <u>加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日（口数追加加入者である場合は、口数追加の日）から2年以内のものであるときは、死亡証明書（第5号様式）又は死体検案書（第5号様式）</u></p> <p>イ～エ 略</p> <p>(2) 加入者の著しい身体障害に係る場合</p> <p>ア <u>障害診断書（第6号様式）</u></p> <p>イ・ウ 略</p>

2～5 略

第1号様式（第4条、第4条の2関係）

加 入 等 申 込 書

年 月 日

香川県知事 殿

申込者 氏名 ㊦

香川県心身障害者扶養共済制度の加入を希望するので、香川県心身障害者扶養共済

制度条例第5条第1項の規定により申し込みます。

申 込 者	(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所		心身障害者 との 続 柄	
	(ふりがな) 心 身 障 害 者 氏 名	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
口 数 の 追 加 に つ い て		追加する・追加しない		
香川県心身障害者扶養共済制度 の加入状況		加入している(加入番号)・加入していない		
他の共済制度の加 入者が引き続き加 入する場合	従前の地方 公共団体名	加入番号	加 入 年 月 日	口数追加年月日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日

注1 記名押印に代えて署名することができます。

2 次の書類を添付してください。

- (1) 新規加入の申込みの場合
 - ア 加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
 - イ 申込者(被保険者)告知書
 - ウ 加入申込者の扶養する心身障害者の障害の種類及び程度を証明する書類
 - エ 特別掛金納付事由があるときは、特別掛金納付事由該当届書(第2号様式の2)
- (2) 口数追加の申込みの場合
 - ア 申込者(被保険者)告知書

2～5 略

第1号様式（第4条、第4条の2関係）

加 入 等 申 込 書

年 月 日

香川県知事 殿

申込者 氏名 ㊦

香川県心身障害者扶養共済制度の加入を希望するので、香川県心身障害者扶養共済

制度条例第5条第1項の規定により申し込みます。

申 込 者	(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所		心身障害者 との 続 柄	
	(ふりがな) 心 身 障 害 者 氏 名	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日
口 数 の 追 加 に つ い て		追加する・追加しない		
香川県心身障害者扶養共済制度 の加入状況		加入している(加入番号)・加入していない		
他の共済制度の加 入者が引き続き加 入する場合	従前の地方 公共団体名	加入番号	加 入 年 月 日	口数追加年月日
			年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日

注1 記名押印に代えて署名することができます。

2 次の書類を添付してください。

- (1) 新規加入の申込みの場合
 - ア 加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
 - イ 申込者告知書(第2号様式)
 - ウ 加入申込者の扶養する心身障害者の障害の種類及び程度を証明する書類
 - エ 特別掛金納付事由があるときは、特別掛金納付事由該当届書(第2号様式の2)
- (2) 口数追加の申込みの場合
 - ア 申込者告知書(第2号様式)

※5 自治体コード	7 加入番号 12
-----------	-----------

県 記 載 欄		
①	②	③
1口目加入	2口目加入	1と2の同時加入

申込者（被保険者）告知書

香川県知事 院

下記の事項は事実と相違ありません。

次の各項目についておたずねします。

各項目中の質問につき、1つ以上「はい」となる場合は「はい」に、すべて「いいえ」となる場合は「いいえ」に○をしてください。

告知日	年	月	日	性別	生	年	月	日
フリガナ	(氏) (名)			① 男	③ 昭和	年 月 日		
申込者氏名	(印)			② 女	④ 平成	年 月 日		
申込者の告知								
最近の健康状態				「はい」の場合、その該当番号の内容についてそれぞれ下記の欄に詳しく記入してください。				
1 最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。				「はい」をつけた該当番号 (① ② ③ ④)		「はい」をつけた該当番号 (① ② ③ ④)		
過去5年以内の健康状態				病気やけがの名前・検査結果				
2 過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。				()		()		
3 過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症 先天性心臓病・心筋症・高血圧症・脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神病・ノイローゼ・てんかん・自律神経失調症・アルコール中毒・ぜんそく・慢性気管支炎・気管支拡張症・肺炎・肺結核・胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい臓炎・肝炎・肝硬変・肝機能障害・胆石・胆のう炎・腎炎・ネフローゼ・腎不全・腎のう腫・腎臓結石・尿管結石・白内障・緑内障・網膜の病気・角膜炎の病気・がん・肉腫・白血病・しゅよう・ホリープ・糖尿病・リウマチ・こうけん病・貧血症・黒斑病・甲状腺の病気・椎間板ヘルニア				診察・検査・治療・投薬を受けた年月・期間 年 月 から 年 月 まで 入院の有無 () 入院期間 年 月 から 年 月 まで 手術の有無 () 手術の名前または部位・受傷の部位 ()		診察・検査・治療・投薬を受けた年月・期間 年 月 から 年 月 まで 入院の有無 () 入院期間 年 月 から 年 月 まで 手術の有無 () 手術の名前または部位・受傷の部位 ()		
4 過去5年以内に、上記3以外の病気やけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。				(高血圧の場合は記入してください) 最近の血圧値 最大 mmHg 最小 mmHg		(糖尿病の場合は記入してください) 最近の空腹時血糖値 mg/dL 治療方法		
5 右に示した障害はありますか。 「はい」の場合は該当するところを でかこみ、その原因・部位・程度等具体的に記入してください。				① ② ③ ④ の機能障害 「はい」 の場合、その原因・部位・程度等 () () () ()				
心身障害者								
フリガナ	(氏) (名)			性別	生	年	月	日
心身障害者氏名	(印)			① 男	① 明治	② 大正	年 月 日	
障害の種類	① 身体障害 ② 知的障害 ③ 2以外の精神障害 ④ その他			申込者の心身障害者との続柄		① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族		
障害の程度	① (身体障害) (1級) (2級) (3級) ① (知的障害) (A) (B) ① (精神障害) (1級) (2級)			申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由				
※知照欄								

第4号様式 (第8条関係)

年金支給請求書

加入番号			口数追加の有無	有・無
共済対象障害者	氏名			
	住所			
年金管理者	氏名			
	住所			
加入者	氏名			
	死亡し、又は著しい身体障害がある状態となった年月日	年 月 日 (死亡・著しい身体障害)		
口座振替の申出	有・無	金融機関名		
		預金種目	普通・当座	
		口座番号		
		(ふりがな) 口座名義		
香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第8条第1項の規定により年金の支給を請求します。				
			年 月 日	
香川県知事 殿		請求者 氏名 ㊞		

注1 記名押印に代えて署名することができます。

2 次の書類を添付してください。

(1) 加入者の死亡に係る場合

ア 加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日(口数追加加入者である場合は、口数追加の日)から2年以内のものであるときは、死亡証明書又は死体検案書

イ 加入者の消除された住民票の写し

ウ 共済対象障害者の住民票の写し

(2) 加入者の著しい身体障害に係る場合

ア 加入者の障害診断書

イ 加入者の住民票の写し

ウ 共済対象障害者の住民票の写し

第4号様式 (第8条関係)

年金支給請求書

加入番号			口数追加の有無	有・無
共済対象障害者	氏名			
	住所			
年金管理者	氏名			
	住所			
加入者	氏名			
	死亡し、又は著しい身体障害がある状態となった年月日	年 月 日 (死亡・著しい身体障害)		
口座振替の申出	有・無	金融機関名		
		預金種目	普通・当座	
		口座番号		
		(ふりがな) 口座名義		
香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第8条第1項の規定により年金の支給を請求します。				
			年 月 日	
香川県知事 殿		請求者 氏名 ㊞		

注1 記名押印に代えて署名することができます。

2 次の書類を添付してください。

(1) 加入者の死亡に係る場合

ア 加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日(口数追加加入者である場合は、口数追加の日)から2年以内のものであるときは、死亡証明書(第5号様式)又は死体検案書(第5号様式)

イ 加入者の消除された住民票の写し

ウ 共済対象障害者の住民票の写し

(2) 加入者の著しい身体障害に係る場合

ア 加入者の障害診断書(第6号様式)

イ 加入者の住民票の写し

ウ 共済対象障害者の住民票の写し

第5号様式 (第8条関係)

(表面)

死亡証明書 (死体検案書)

1 氏名	男 女	2 生年月日	年 月 日	
3 住所				
4 職業				
5 発病年月日	年 月 日	6 初診	年 月 日	
7 入院	年 月 日	8 退院	年 月 日	
9 死亡したとき	年 月 日 午前 午後 時 分			
10 死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 7 その他		
	死亡したところ			
	種別 1～5 の施設 の名称			
11 死亡の原因	I	(ア) 直接死因		発病(発症)受らな 又は傷か 死亡での 間
		(イ) (ア)の原因		
		(ウ) (イ)の原因		
		(エ) (ウ)の原因		
	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等		
手術	1 無 2 有	{ 部位及び主要所見 }	手術年月日	年 月 日
解剖	1 無 2 有	{ 主要所見 }		
12 死因の種類	1 病死および自然死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火傷 6 窒息 7 中 毒 8 その他 } による傷害 外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 そ 12 不詳の死 その他及び不詳の外因死 } の他及び不詳の外因			
13 外因死の追加事項	傷害が発生した年月日	午前 午後 時 分	1 従業中 2 従業中でないとき	3 不明
	傷害が発生したところの種別	1 住居 2 工事及び建築現場 3 道路 4 その他 []		
	傷害が発生したところ	都道府県	市郡	区町村
手段及び状況				

(裏面)

14 死亡に直接関係のある既往症(年月日、傷病名、症状経過、医療機関)									
15 今回の発病(受傷)から初診までの経過									
16 初診時の主訴・所見及びその後の経過 治療内容 手術名 手術日 年 月 日									
17 前医又は紹介医	<table border="1"><tr><td>有</td><td>医師名</td><td>医療機関名</td><td>その所在地</td></tr><tr><td>無</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	有	医師名	医療機関名	その所在地	無			
有	医師名	医療機関名	その所在地						
無									
18 病名を告げた時期	(死因病名やその他の病名を患者又は家族にいつどのように告げられましたか。) 本人には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。 家族には(年 月 日頃)に病名を()と告げた。								
19 その他	(本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項)								
20 死亡診断(死体検案)年月日	年 月 日								
上記のとおり証明する。 本証明書発行年月日 年 月 日 所在地 病院又は診療所等の名称 医師氏名 印									

第6号様式 (第8条関係)

(表面)

障 害 診 断 書

1	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
2	著しい身体障害の種類	1 両眼の視力を全く永久に失ったもの 2 言語の機能を全く永久に失ったもの 3 そしゃくの機能を全く永久に失ったもの 4 両上肢を手関節以上で失ったもの 5 両下肢を足関節以上で失ったもの	6 1 上肢を手関節以上で失い、かつ、1 下肢を足関節以上で失ったもの 7 両上肢の用を全く永久に失ったもの 8 両下肢の用を全く永久に失ったもの 9 10手指を失ったか又はその用を全く永久に失ったもの 10 両耳の聴力を全く永久に失ったもの	
3	傷病名		6 受発病	年 月 日
4	受傷部位		7 初診	年 月 日
5	既存の身体障害又は既往症		8 終診	年 月 日
9	初診時の症状及び経過			
10	現在の身体障害状態の詳細	(症状、機能、動作、回復見込みなど詳細に御記入ください。)		
11	上記2の著しい身体障害がある状態に該当する症状が固定化したと推定される時期	(最終診断日 年 月 日)		
		年 月 日頃		

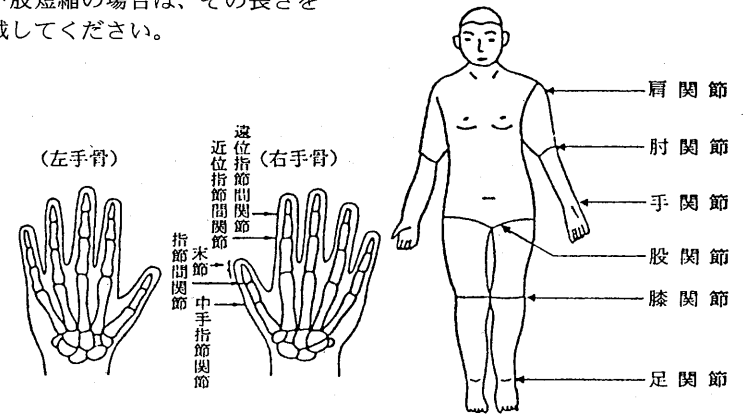
(裏面)

障害部位及び状態の図示

四肢、手指、足指切断の場合は、
切断個所にはっきりと横線を入れて
てください。

下肢短縮の場合は、その長さを
記載してください。

12



13 参考事項

以上のとおり診断（証明）する。

年 月 日

所在地

病院又は診療所の 名 称

医 師



第15号様式 (第12条関係)

年金証書番号

年金受給権者現況届書

年金受給権者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	住所				
	年金受給権者の有無	1 有 (1) 父 (2) 母 (3) 祖父母 (4) 兄弟姉妹 (5) その他の親族 (6) その他 () 2 無			
香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第4項の規定により届け出ます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 香川県知事 殿 <p style="text-align: right;">届出者 氏名 ㊟</p>					

- 注1 記名押印に代えて署名することができます。
 2 年金受給権者の住民票の写しを添付してください。ただし、県内に住所を有する者については、添付を省略することができます。

第15号様式 (第12条関係)

年金証書番号

年金受給権者現況届書

年金受給権者	氏名			
	住所			
	年金受給権者現況	施設入所等の有無	年金管理者の有無	
		1 有 (1) 施設入所 (種類) (2) 入院 (3) その他 () 2 無 (1) 特別支援学校 (2) 就労 (3) その他 ()	1 有 (1) 父 (2) 母 (3) 祖父母 (4) 兄弟姉妹 (5) その他の親族 (6) その他 () 2 無	
香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第4項の規定により届け出ます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 香川県知事 殿 <p style="text-align: right;">届出者 氏名 ㊟</p>				

- 注1 記名押印に代えて署名することができます。
 2 年金受給権者の住民票の写しを添付してください。ただし、県内に住所を有する者については、添付を省略することができます。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成21年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に改正前の香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定により提出されている書類は、改正後の香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の相当規定により提出されている書類とみなす。

3 改正前の第1号様式、第4号様式及び第15号様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。